

和歌山市造血幹細胞移植等後の予防接種の再接種費補助対象認定申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者

住 所 和歌山市

氏 名

電話番号

（被接種者が未成年者又は被後見人の場合は保護者が申請すること。）

和歌山市造血幹細胞移植等後の予防接種の再接種費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき、補助金交付対象となるための認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、予防接種の効果及び副反応、任意での接種であること等については、医師より十分な説明を受けています。健康被害については、医薬品副作用被害救済制度及び和歌山市予防接種事故災害補償規則（平成22年規則第77号）が適用されると理解しています。

再接種を希望する者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
再接種予定医療機関名		
再接種の種類	再接種の回数	
ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
BCG		
麻しん風しん混合	1期・2期	
水痘	初回・追加	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
二種混合	2期	
子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目	
その他（ ）	1回目・2回目・3回目	

添付書類

- ・和歌山市造血幹細胞移植等後の予防接種の再接種費補助対象認定に係る主治医意見書（別記様式第2号）
- ・母子健康手帳の写し等造血細胞移植等を行う前の定期予防接種の接種歴が確認できるもの

市長が、この申請の内容について医療機関等へ照会することについて同意します。

申請者氏名 _____（自署しない場合は記名押印すること。）